IPROSS

Formulario.
Inclusión en Ley Nº5059

Fecha: / /

DATOS FILIATORIOS:

Agente: _____

Organismo: _____

DNI: _____ **Fecha de nacimiento:** _____

Localidad: _____

Teléfono: _____

DATOS MÉDICOS:

Fecha de diagnóstico y/o inicio de tratamiento: ____/____/____

Motivo de consulta: _____

Evolución: _____

Estado actual: _____

IPROSS

Formulario.
Inclusión en Ley Nº5059

Estudios complementarios (datos positivos. Adjuntar fotocopias e informes):

Tratamiento (informar protocolo y periodicidad de evaluaciones):

Diagnóstico:

Pronóstico:

IPROSS

Formulario.
Inclusión en Ley Nº5059

Observaciones:

En caso de ser incluido dentro de la Ley Nº 5059 por atención familiar, deberá acompañar el presente formulario con documentación que acredite el vínculo familiar.

FIRMA Y SELLO
Profesional